

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N 62

UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LA

Cure radicale de la Hernie Crurale

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

Henri VEYRIER

Né à Chantemerle (Drôme), le 7 décembre 1889

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (2 citations)

CHEVALIER DE 1^{re} CLASSE DU NICHAN-IFTIKHAR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*
GILIS, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N 62

UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LA

Cure radicale de la Hernie Crurale

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

Henri VEYRIER

Né à Chantemerle (Drôme), le 7 décembre 1889

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BÉZIERS

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (2 citations)

CHEVALIER DE 1^{re} CLASSE DU NICHAN-IFTIKHAR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur; *Président*.
GILIS, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

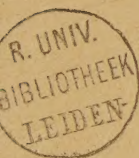
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
	MARGAROT.		GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.)	Histoire natur.	CABANNES.
Histologie	GRYNFELT	Chimie	MESTREZAT
		Physique	PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
GILIS professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort pour la France

H. VEYRIER.

A MA MÈRE ET A MA SOEUR

A MON ONCLE

A TOUS MES PARENTS ET A MES AMIS

Témoignage d'affection sincère

H. VEYRIER.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

H. VEYRIER.

AVANT-PROPOS

Il n'est pas un étudiant, parvenu au terme des études médicales, qui ne sente mieux alors toute la dette de reconnaissance contractée envers ses Maîtres un peu chaque jour pendant quelques années vécues près d'eux.

Est-ce la soutenance de thèse avec son caractère particulièrement solennel, heureusement conservé dans notre Ecole qui, par sa gravité, frappe l'esprit même des plus sceptiques? Peut-être, mais c'est à ce moment-là surtout que le futur médecin, dégagé des soucis d'études, oublieux d'une vie d'étudiant joyeuse et facile, envisage dans toute son ampleur son rôle social. Dans une vision nette des difficultés de la tâche et des responsabilités prochaines, il devient plus modeste: cette griserie va se dissiper que..... donnent toutes les connaissances fraîchement acquises et, loin de tirer vanité de sa formation médicale, l'élève en attribue le plus grand mérite à ceux qui en sont les auteurs.

Certes, nous n'aurions jamais manqué à ce devoir traditionnel de remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux; mais c'est seulement à notre retour de la guerre, après cinq années d'épreuves qui trempent les caractères et achèvent la maturité d'esprit, que nous avons vraiment compris ce qui fait la gloire de notre Ecole et la valeur de son enseignement: son passé historique et scientifique, ses traditions, ses découvertes anciennes et récentes, et plus encore, l'originalité de ses doctrines qui semblent emprun-

ter à ce pays, à son ciel même; leur harmonie et leur clarté.

Que de souvenirs seraient à évoquer, que de noms célèbres à citer! Notre pensée reconnaissante va vers tous les Professeurs de notre Faculté, ceux d'hier et ceux d'aujourd'hui qui, ayant pour mission de veiller sur le patrimoine légué par leurs aïeux, le transmettent, en l'embellissant encore, aux générations à venir. Chercheurs inlassables, durant leur vie entière vouée aux sciences médicales, ils sont en face de la Maladie, cet autre Sphinx, et luttent sans répit pour lui arracher peu à peu son secret.

Nous prions plus particulièrement notre Maître, Monsieur le professeur FORGUE, de nous permettre de lui exprimer ici nos sentiments reconnaissants. Depuis longtemps son élève, nous devons tout ce que nous avons pu connaître dans le domaine chirurgical à la perfection de son enseignement clinique d'une forme élégante, si persuasive et d'une rare clarté d'exposition. Il nous serait impossible de dire ce qui nous a le plus séduit en lui, de l'homme de science universellement connu par son œuvre et ses écrits, du chirurgien remarquable de maîtrise et d'habileté dans l'acte opératoire, ou du clinicien que nous avons connu de près en maintes circonstances particulières: le souvenir nous est encore gravé d'un cas récent où se sont affirmées, une fois de plus, la précision de son diagnostic et la sûreté de son pronostic.

D'autre part, nous avons été très touché de son accueil aimable et de sa bienveillance extrême, apanage, semble-t-il, de la vraie supériorité. Et la faveur dont il vient de nous honorer en nous réservant, comme sujet de thèse, sa dernière innovation inédite dans le traitement opératoire des hernies crurales, augmente encore notre gratitude envers lui et notre profond attachement.

En même temps, nous ne pourrons jamais assez remercier notre ami, le docteur Roux, chef de clinique chirurgicale, qui nous a si souvent donné des preuves de son amitié entièrement dévouée et qui a bien voulu, pour notre thèse, nous aider très amicalement de ses excellents conseils.

UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

INTRODUCTION

L'opposition qu'il est classique d'établir entre la hernie inguinale et crurale n'existe pas seulement dans leur aspect clinique, mais se retrouve autant dans leur traitement que dans la constance des résultats.

Nous n'en voulons pour preuve que les deux procédés anté et rétro-funiculaire de reconstitution de la paroi qui suffisent à la première, et la multiplicité des méthodes qui ont été proposées pour fermer et contenir le canal crural déficient.

Et cependant la cure radicale de la hernie crurale s'impose d'une façon catégorique, en raison du danger permanent qu'elle constitue pour le porteur. Si la hernie inguinale est une menace, la hernie crurale est un danger : sa prédisposition à l'étranglement insidieux, la rapidité des lésions graves qui apparaissent dans les organes herniés, constituent une notion aujourd'hui devenue courante. Un

et nous discuterons rapidement leur valeur. Enfin, après avoir exposé les avantages du procédé au point doré nous terminerons par la description détaillée du procédé nouveau.

En plus de la technique opératoire, nous avons, au cours de cette étude, emprunté certains passages aux travaux de M. le professeur FORGUE, qui a largement contribué à la solution de ce problème si délicat.

facteur est à la base de tous les autres, c'est la configuration anatomique de l'anneau: par son exiguité habituelle, par son inextensibilité, par l'arête vive d'une partie de son pourtour, il conditionne la gravité immédiate de l'étranglement. Et celà suffit à l'opposer au trajet inguinal.

Ce sont ces mêmes raisons anatomiques qui rendent si difficile le problème de la cure radicale et si incertaine la stabilité des résultats. Tous les chirurgiens connaissent, pour les avoir éprouvées, les difficultés que l'on rencontre quand il s'agit de fermer, surtout de fermer solidement l'orifice herniaire représenté par l'anneau crural; et, malgré tout le soin qu'ils auront apporté à ce temps opératoire, ils seront obligés, quand ils consulteront leurs statistiques portant sur tous les cas, bons et mauvais, de reconnaître que le nombre des récidives peut s'élever jusqu'à 20 %.

Au cours des séances opératoires auxquelles nous avons assisté, dans le service de M. le professeur FORGUE, nous avons été frappé par la simplicité et l'ingéniosité d'un procédé qu'il s'est mis à employer récemment. Le point technique important tend précisément à obtenir une obturation du canal crural aussi parfaite que possible et, en quelque sorte définitive, si nous nous en rapportons aux résultats très encourageants qui ont déjà été constatés. L'agent de contention est représenté par un fil d'or de fin calibre, ce qui a valu à cette technique le nom de procédé au « point doré », terme renouvelé des vieux herniaires.

En demandant à notre Maître de nous inspirer le sujet de notre thèse, nous ne pouvions mieux faire en le priant d'accepter la publication de ce sujet inédit.

Notre étude portera d'abord sur le problème anatomique de la cure radicale de la hernie crurale; ensuite, nous envisagerons les diverses méthodes proposées pour la réaliser

I

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Elles sont dominées par la configuration de l'anneau crural. Nous sommes en présence d'un hiatus de forme triangulaire dont l'ouverture qui permet tout au plus l'introduction de deux doigts, ne se laisse pas distendre sous leur pression excentrique. Seul, le côté externe pourrait se laisser déprimer, mais il constitue la zone dangereuse de la région à cause de la veine fémorale. En dedans, ligament de Gimbernath qui arrondit et fixe l'angle interne ; en arrière, le plan musculo-aponévrotique du pectiné, bordé en haut par le ligament de Cooper ; en avant, l'arcade crurale nous opposent leur rigidité fibreuse.

Ce rapide aperçu nous donne une idée de la difficulté que nous aurons, au cours des temps opératoires, soit à poursuivre en haut jusqu'à l'infundibulum péritonéal la résection du sac, soit à obtenir par coaptation exacte de ses parois rigides, la fermeture de l'anneau crural.

Sur la paroi externe, nous nous trouvons immédiatement au contact de la veine fémorale qui est seulement cachée à la vue : car on ne peut dire que c'est une protection pour elle que cette lame de tissu cellulaire, émanée du fascia transversalis qui, sous le nom de septum crurale, obturant antérieurement l'orifice supérieur du canal crural, a cédé

peu à peu devant la poussée herniaire. Si nous voulons à tout prix assurer une fermeture complète de l'anneau crural, au contact de la veine fémorale, nous risquons fort de comprimer ou d'étrangler ce vaisseau, ou au contraire de laisser persister à niveau un point faible, perméable, qui est le sinus fémoral interne de Chaput et qui va servir de point d'amorce à une récurrence.

Puisque le côté externe plein d'insécurité par la présence d'un gros vaisseau n'est pas utilisable, quels avantages peut nous offrir le ligament de Gimbernat qui arrondit l'angle interne de l'anneau crural? On ne voit pas trop à quoi pourrait servir, pour fermer l'orifice herniaire, cette expansion fibreuse si mince et de si petites dimensions dont le seul rôle est de renforcer vers la région pubienne l'aponévrose d'insertion du grand oblique. C'est même là un inconvénient pour ce qui nous concerne puisqu'elle contribue à fixer, à brider en dedans l'arcade de Fallope, interdisant ainsi l'accès vers la partie haute de la hernie.

L'arcade crurale, en effet, qui ferme la paroi antérieure de l'anneau, est bien le principal obstacle au traitement de la tumeur herniaire proprement dite. Formée de fibres résistantes, sans élasticité, solidement attachée en dehors à l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans à l'épine du pubis, elle est tendue comme la corde d'un arc devant la partie supérieure de la région crurale qu'elle barre transversalement. Cependant, si par quelque artifice, nous arrivons à détendre cette corde et à la mobiliser, nous pourrions, par le fait même, rendre mobilisable et utiliser ce tablier fibreux sous-tendu par elle et qui la continue en haut sous le nom d'aponévrose du grand oblique. La mobilité relative de toute cette formation fibreuse (arcade et aponévrose) nous permettra, en la réclinant vers l'abdomen, un accès facile jusqu'à la partie profonde de la her-

nie; et, d'autre part, si nous abaissons le rideau, nous verrons que « l'accollement exact et stable de cette paroi antérieure au bord pectinéal postérieur donne la solution de l'obturation de l'anneau ».

Sur le dernier côté postérieur du canal crural, des tissus musculaires et aponévrotiques recouvrent le plan osseux sous-jacent. Leurs caractères sont très différents suivant la hauteur. Au niveau même de l'orifice, c'est le muscle pectiné, facile à saisir, mais aplati et mince, pouvant se déchirer malgré l'aponévrose qui le recouvre. Si nous remontons jusqu'à son insertion pectinéale supérieure, nous apercevons le ligament de Cooper allant de l'épine du pubis à l'éminence ilio-pectinée. C'est le point anatomique important qu'il faut mettre en évidence: par la prise qu'il offre à l'aiguille, par ses attaches au squelette, par sa tension sous forme de corde fibreuse et dense, il est le seul qui permette d'accrocher littéralement l'agent de contention et constitue le point d'appui vraiment résistant. Son accès n'est pas toujours facile: situé à la partie supérieure du muscle pectiné, couché sur la crête pectinéale, il est caché par l'arcade crurale et masqué aussi par le ligament de Gimbernati. Deux moyens s'offrent à nous pour l'atteindre, la section de l'arcade ou la suppression du Gimbernati. Ils nous permettent, tous les deux, de récliner fortement l'arcade de Falloue; nous avons alors un jour suffisant pour saisir le ligament de Cooper « point fixe auquel doivent venir s'amarrer les sutures oblitérantes ».

II

LES PRINCIPAUX PROCÉDÉS DE CURE RADICALE ET LEUR VALEUR

Bien entendu, nous n'entreprendrons pas ici la tâche considérable que comporterait une énumération complète des divers procédés : leur multiplicité est telle qu'un fort volume ne suffirait pas à les décrire tous. Nous réserverons notre étude à ceux qui ont marqué un réel progrès ou qui se distinguent par une idée originale.

Il nous paraît logique, puisqu'aussi bien nous avons déjà adopté la méthode au chapitre précédent, d'énumérer les divers procédés dans l'ordre où ils satisfont de mieux en mieux aux indications opératoires dont la principale, découlant d'une condition anatomique sur laquelle nous avons particulièrement insisté, réside en une obturation parfaite du canal crural. En effet « si l'on résume la série des procédés et leur idée directrice, on voit, en somme, que ces progrès de la technique de la cure radicale de la crurale ont précisément consisté dans la précision croissante de l'affrontement de la paroi antérieure et de l'arcade à la surface pectinéeale ».

VALLAS et PERRIN ont été les seuls à juger le plus souvent inutile la fermeture de l'anneau crural. Ils se conten-

taient, en passant par la voie inguinale, de réséquer le sac très haut; ainsi supprimée, la dépression péritonéale ne créait plus une amorce à la récédive. Cette précaution ne paraît pas suffisante, même pour les cas les plus favorables de hernies minuscules et d'anneaux petits.

Pour d'autres auteurs, au contraire, l'unique préoccupation a été de trouver un moyen de « boucher » l'anneau crural. Dans ce but, ils ont utilisé :

1° L'épiploon ou le sac : soit qu'on abandonne seulement dans l'anneau leur moignon une fois lié, soit par torsion et reploiemet du sac en haut (KOCHER), soit encore par suspension du sac (JABOULAY). Autant de variantes qui, toutes, exposent à la récédive, par manque de soutien au niveau de l'orifice de sortie.

2° Les myoplasties, en renversant sur l'anneau un lambeau musculaire voisin à large pédicule, emprunté tantôt au pectiné, tantôt au couturier, ou encore au premier ou au moyen adducteur. On peut reprocher à ce procédé la complication de technique et craindre aussi la possibilité de sphacèle du lambeau.

3° Enfin, entraînés par une imagination parfois excessive, quelques-uns sont allés jusqu'à employer des ostéoplasties ou des greffes : TRENDLENBURG, ayant eu l'idée d'obturer avec de l'os l'anneau crural, détache une grande portion de la face antérieure du pubis, la renverse et la fixe à l'arcade. THIRIAR a greffé dans l'orifice herniaire une portion de tête humérale récemment réséquée, et CHAPUT y place une plaque d'os décalcifié ou bien y greffe un fragment de cartilage costal.

C'est trop compliquer la cure radicale de la hernie, laquelle doit rester d'exécution facile et proportionnée à la simplicité de la lésion.

Les trois procédés qui suivent ont pour objet la fermeture solide de l'anneau et sont inspirés par une idée commune : solidariser l'arcade de Fallope au squelette sous-jacent. Mais ce n'est pas sans dangers ni sans difficultés que l'on peut, comme CAVAZZINI, nouer l'arcade au pubis au moyen d'une ligature non résorbable passant par le trou obturateur et entourant la branche horizontale pubienne. Il n'est pas sans inconvénients non plus d'enclouer l'arcade au pubis au moyen d'un clou de tapissier (ROUX), ou de la fixer au même endroit par une rondelle d'acier doré assujettie par une vis de Lambotte (LERAT). Malgré les bons résultats immédiats, ces corps étrangers métalliques, laissés à demeure dans le tissu osseux, pourront être mal tolérés et déchaussés dans la suite par l'ostéite raréfiante qu'ils auront provoquée.

Il existe cependant des procédés simples qui peuvent suffire dans certains cas. Celui de BERGER, par exemple, convient bien aux petites et moyennes crurales à collet étroit, à canal peu distendu. Il est bon, dans ce cas, de traiter d'abord le sac réséqué par la manœuvre de Barker : les deux catguts qui nouent le collet traversent la paroi abdominale et sont noués en avant de l'aponévrose du grand oblique. La technique de BERGER consiste ensuite à réunir, par trois ou quatre ligatures superposées et concentriques, l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné. Mais les deux critiques qu'on lui a opposées sont : d'une part, le peu de jour qu'elle donne sur le collet du sac et l'impossibilité de le lier assez haut, d'autre part, la fragilité de la suture accrue par la tension de l'arcade.

DELAGENIÈRE a marqué un réel progrès en remédiant à ces inconvénients par la section de l'arcade. Une incision verticale de 1 à 2 centimètres sur le ligament de Poupart,

permet de détendre la corde, d'abaisser l'entonnoir péritonéal, de mobiliser l'arcade et de la suturer au plan pectinéal. L'espace triangulaire de la section se comblera par du tissu cicatriciel. Une critique est à la base de toutes : c'est la diminution de résistance que ce procédé fait subir à l'arcade.

Au lieu de suturer l'arcade à l'aponévrose pectinéale, plan peu solide, RUGGI (1892) a jugé préférable d'aller chercher le point d'attache sur la crête fibreuse du ligament de Cooper; et, pour le faire plus facilement, il est conduit à employer la voie inguinale. Cette méthode constitue un progrès important puisqu'elle utilise le seul point d'appui résistant de la région.

Les Italiens se réservaient de parfaire la technique en réalisant, avec PARLAVECCHIO (1893) le procédé du double plan. La suture de l'arcade à l'aponévrose pectinéale ou mieux au ligament de Cooper, représente un plan de solidité insuffisante dans les grosses hernies « à pédicule large, à anneau forcé, à parois flasques et grasses ». On le renforce par un plan profond musculaire, réalisé par la fixation du petit oblique et du transverse au ligament de Cooper.

On voit donc que ces procédés multiples contiennent chacun un progrès et que c'est par tâtonnements successifs qu'on est arrivé au procédé satisfaisant qui se caractérise par sa simplicité, la solide attache de la ligature au ligament de Cooper et le double plan qu'il oppose à la poussée viscérale.

Les procédés que nous venons de décrire ont emprunté des voies d'accès différentes qui peuvent se ramener à trois types :

1° La voix basse crurale qui a pris une valeur incontestable par la section totale du ligament de Gimbernat (GUIBÉ et PROUST) permettant les manœuvres sur la face postérieure de l'arcade et le libre accès sur le ligament de Cooper.

2° La voie inguinale d'origine italienne, vulgarisée en France par TUFFIER : son accès direct sur la cavité abdominale permet de réséquer le sac aussi haut que l'on veut, d'en traiter facilement le contenu, et sous le contrôle de la vue de fermer plus solidement l'anneau fibreux.

3° La voie mixte inguino-crutale :

KÜSS et DIDIER traitent le sac et son contenu par la voie crurale, et, dans un second temps, utilisent la voie inguinale pour la réfection de la paroi.

CADENAT emploie aussi la voie inguino-crutale dans un procédé à double plan qu'il réalise de la façon suivante : 1° Incision de l'arcade en dehors de l'anneau, à la hauteur de la veine fémorale, pour éviter d'affaiblir le plan superficiel ; 2° puis, fendant très en arrière, longitudinalement la gouttière de l'arcade, il abaisse par déroulement de l'aponévrose devant le plan musculaire, un rideau qui contribue à oblitérer l'anneau.

III

CONDITIONS A REMPLIR

DANS LA

CURE OPERATOIRE DE LA HERNIE CRURALE

LE PROCEDE AU « POINT DORE »

ET SES AVANTAGES

« **Le point technique essentiel**, celui qui décide de la stabilité du résultat **c'est l'oblitération parfaite du canal crural**. Car, des deux indications qui, comme toute intervention herniaire radicale, conditionnent le succès de la cure opératoire, à savoir **la résection haute du sac et la clôture du trajet ou de l'anneau** ; c'est cette dernière qui, dans l'hernie crurale, est la **plus difficilement réalisable**, constitue la **défectuosité technique fréquente** et, partant, **maintient le risque de la récurrence**. »

Pour remplir à la fois ces deux conditions d'une façon parfaite, l'étude du chapitre précédent montre qu'il n'est pas de procédé entièrement satisfaisant. Leur imperfection, c'est tantôt la complexité opératoire, tantôt l'insuffisance d'abaissement de l'arcade, ou son délabrement qui

diminue la résistance; par ailleurs elle réside dans le défaut de contention de l'anneau; ou alors, quand on y remédie, c'est par l'inclusion permanente dans le tissu osseux d'un corps métallique qui n'est pas inoffensif.

Il est évident que le procédé à rechercher sera celui qui, par sa simplicité opératoire, par sa meilleure voie d'accès jusqu'à la partie haute de la hernie et, tout en évitant les délabrements qui entraînent toujours des défauts de résistance, permettra de réaliser une obturation solide et permanente du canal crural.

D'abord, des trois voies inguinale, crurale, inguino-crurale, laquelle choisir? C'est la voie crurale que M. le professeur FORGUE préfère employer, à la condition d'inciser totalement le ligament de Gimbernat, suivant la méthode de Guibé et Proust qu'il a adoptée.

La méthode inguinale permet bien d'obtenir dans la reconstitution de la paroi une solution anatomique parfaite, comparable au « Bassini » de la hernie inguinale, mais elle présente aussi parfois de nombreuses difficultés. S'il s'agit d'une femme obèse par exemple, la surcharge graisseuse sous-péritonéale gêne pour le traitement du sac dans la profondeur. D'autres fois, le champ opératoire peut être voilé par l'hémorragie provenant de veinules dont une surtout sert d'anastomose entre l'épigastrique et l'obturatrice. On peut être arrêté aussi par le volume de la hernie, la striction du collet fibreux ou l'irréductibilité de l'épiploon. Enfin, la hernie étranglée dont le contenu septique peut contaminer le péritoine crée une véritable contre-indication.

La voie mixte inguino-crurale, en raison de sa complexité, de sa difficulté technique et des inconvénients que présente la création d'une solution de continuité de l'arcade, n'est pas à préférer en pratique à la voie crurale

suivant la technique améliorée et modifiée que nous décrivons.

Des deux moyens d'élargir et d'améliorer la voie crurale qui a été choisie, en avant et en haut par la section de l'arcade, en dedans par le débridement à fond jusqu'à l'insertion pubienne du Gimbernat, c'est ce dernier procédé qui est préférable. Voyons ses avantages :

1° Sans délabrer le rideau fibreux, arcade et aponévrose, qui resteront un bon soutien de paroi, il permet aussi bien que la section du ligament de Poupart l'accès à la partie haute de la hernie et la résection haute du sac.

2° En éversant en haut l'arcade détendue et mobilisée, on peut découvrir, mieux qu'avec la solution de Delagenière, le ligament de Cooper et y suturer efficacement l'arcade crurale.

3° La voie crurale est de pratique courante ; elle permet, par son accès direct sur le sac, de traiter les hernies de tout volume et, en cas de hernie étranglée, elle expose moins que la voie inguinale à la contamination du péritoine.

En somme, de l'exposé qui précède ressort cette notion capitale : **la fermeture de l'anneau se réalise par la suture de l'arcade crurale, suffisamment mobilisée par la section complète du Gimbernat, au ligament de Cooper largement découvert.**

Mais il ne suffit pas de prendre une amarre sur le Cooper, il ne suffit pas que nous abaissions et accollions l'arcade en pleine épaisseur lui, **il faut assurer la permanence de cette clôture.** Il faut tenir compte des surfaces fibreuses au contact, surfaces non cruentées qui présenteront peu de tendance à l'accollement cicatriciel.

Un catgut est-il capable de maintenir assez longtemps ces surfaces en contact? Son manque de résistance à un effort de toux peut amener une déhiscence. Sa résorption trop rapide n'offre aucune sécurité. Aussi l'emploi de fils non résorbables s'est rapidement imposé dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens comme une nécessité. Et on s'est tour à tour servi de fils d'argent ou de bronze nécessairement de calibre trop fort pour des tissus aussi minces que les tissus aponévrotiques.

M. le professeur FORGUE a trouvé la réalisation d'une contention simple, efficace et pratique dans l'emploi d'un **fil d'or** de mince calibre: un millimètre de diamètre environ; n° 10 ou 11 de la filière ordinaire des bijoutiers. Ce fil réunit les avantages des fils résorbables et non résorbables. Des premiers, il présente la **souplesse** et la **malléabilité** qui lui permettent d'épouser les accidents anatomiques et d'être porté très loin sous l'arcade. Des seconds, sous un calibre plus réduit, il a la **solidité** et la **durée indéfinie**: mieux que l'argent ou le bronze, il accole d'une façon intime, et sans les léser, ces tissus aponévrotiques friables. Enfin, les cas observés permettent de conclure à une **tolérance parfaite** à son endroit.

En résumé, le procédé au « Point Doré » présente les avantages d'une technique simple et d'exécution facile; **les garanties d'une contention solide et permanente**; la possibilité de l'application à tous les cas de hernie crurale et nous paraît, par les preuves qu'il a faites, réaliser la méthode de choix.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous avons exposé plus haut les raisons qui ont motivé le choix de la voie crurale et nous serons bref sur les premiers temps qui sont communs à tous les procédés.

1^{er} TEMPS. — Incision verticale de la peau comme dans le procédé de Berger ou incision transversale au choix de l'opérateur.

2^e TEMPS. — Dissection soigneuse du sac jusqu'au delà de son collet. Il convient de bien dégager le sac des tissus environnants, d'exciser la graisse exubérante et les ganglions lymphatiques qui l'entourent pour mettre à nu le plan pectinéal, la gaine vasculaire et l'arcade crurale.

3^e TEMPS. — On soulève l'arcade de Fallope avec un écarteur, la face inférieure du ligament de Gimbernat apparaît; on l'incise de bout en bout au ras de son insertion pubienne. Aussitôt toute la région devient profondément accessible et ce temps facilite considérablement le temps suivant. (Dans certaines conditions particulières, si le jour opératoire n'est pas suffisant on peut être obligé, par un petit coup de ciseau, de débrider verticalement l'arcade à la façon de Delagenière).

4^e TEMPS. — Le sac, bien libéré des adhérences possibles au niveau du collet, est attiré au dehors et ouvert. On traite son contenu. Dans le cas d'épiplocèle adhérente, il faut avoir le très grand soin de dépasser la zone d'adhé-

rences épiploïques qui, dans les vieilles crurales irréductibles, s'étendent quelquefois très haut et fixent l'épiploon en deçà de l'anneau à une zone profonde du péritoine pariétal. Le sac est ensuite lié aussi haut que possible, excisé au-dessous de la ligature et fixé à la paroi abdominale à la façon de Barker.

5^e TEMPS. — L'arcade étant bien chargée sur un écarteur et éversée, du doigt coiffé d'une compresse dégager le ligament de Cooper, décoller le péritoine de la face profonde de la paroi et atteindre les muscles petit oblique et transverse jusqu'à ce que leur bord inférieur apparaisse nettement.

6^e TEMPS. — Réclinant en haut avec le pouce gauche l'arcade crurale, on conduit l'aiguille courbe de Chaput sous le ligament de Cooper qu'on charge le plus près possible de son insertion pubienne; une anse de fil d'or est ainsi entraînée et constitue la branche interne du point en U.

Garant ensuite du bout de l'index gauche la veine fémorale, on charge le ligament de Cooper sur un point tangent à la gaine vasculaire. La branche externe de l'U est ainsi constituée.

On reprend chacun des deux bouts métalliques et on leur fait traverser isolément l'arcade de Fallope et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse: l'un en dedans, près de l'épine du pubis; l'autre, en dehors, à la hauteur de la veine, vers le sinus pré-fémoral de Chaput. On croise plusieurs fois les deux branches du fil. L'arcade et les deux muscles sont de la sorte largement accolés au plan pectinéal. Une ou plusieurs anses de catgut, formant des points en bourse sur l'aponévrose pectinéale et le bord inférieur de l'arcade, consolident cet affrontement.

7^e TEMPS. — Suture de la peau.

CONCLUSIONS

I. — La technique de la cure de la hernie crurale au « point doré » est un procédé :

1° Qui emprunte la voie crurale,

2° Qui prend le point d'attache sur le ligament de Cooper lui-même, c'est-à-dire sur les fibres qui doublent en profondeur la crête pectinéale,

3° Qui ne se contente pas du plan unique fourni par la suture de l'arcade, mais comprend en même temps le plan profond des muscles petit oblique et transverse.

II. — Ce double objectif est réalisé :

1° Par la section systématique, totale, du ligament de Gimbernat, ce qui évidemment agrandit le point faible, mais ce qui permet, d'une part d'accéder en profondeur jusqu'au ligament de Cooper visible et palpable et, d'autre part, de découvrir la face profonde de la paroi en décollant le péritoine. On a ainsi sous l'œil les muscles petit oblique et transverse abordés par leur face profonde.

2° Par la mise en place d'une anse métallique en U, au fil d'or, pour avoir une tolérance absolue, anse qui charge le ligament de Cooper, en dedans le plus près possible de son insertion pubienne, en dehors sur un point immédiatement tangent à la veine, et qui, conduite en avant à travers la paroi, l'embrasse d'arrière en avant et l'accolle

solidement au plan osseux sus-pubien. C'est là la ligature de résistance, visant le même but de clôture permanente que réalise l'enclouage à la façon de Roux.

Par mesure de consolidation on l'appuie par une, ou deux, ou trois anses de catgut accollant le plan du pectiné au bord inférieur de l'arcade.

BIBLIOGRAPHIE

Nous mentionnons les travaux récents, depuis 1918 ; pour les publications antérieures nous renvoyons le lecteur à la bibliographie de :

PLOTKIN. — *Thèse de Paris*, 1911.

DIDIER. — *Thèse de Paris*, 1912.

LARRIERU. — *Thèse de Paris*, 1913.

PHOCAS. — *Thèse de Paris*, 1915.

CADENAT (M.-F.). — *Revue de chirurgie*, Paris, 1920, t. VIII, 105-122.

1918 CORTES LLADO. — Las recidivas en las hernias crurales operadas manera de evitarlas. *Los progresos de la clínica Zurbana*, 68, Madrid, 1918.

— DOWDEN (J.-W.). — A new operation for the cure of femoral hernia. *Surg. gyn. obst.*, Chicago, 1918, XXVII, 348.

— LANDRY (L.-H.). — The inguinal approach in the cure of femoral hernia. *N. Orl. M. et S. J.*, 1918-1919, XXI, 235-242.

— WARE (M.-W.). — A Safeguard in inguinal route operations for femoral hernia. *Surg. Gyn. Obst.* Chicago, 1918, XXII, 42-44.

1919 FISCHER (H.). — Lotheisen's operation for femoral hernia. *Annal. Surg. Philad.*, 1919, XIX, 432-434.

— DELBET. — A propos de la hernie crurale étranglée. *Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1919, XXXIII, 230-232.

1920 CADENAT (F.-M.). — La cure radicale de la hernie crurale (d'après 100 observations). *Revue de chir.*, Paris, 1920, LVIII, 105-122.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 3 mars 1921.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
J. VIANEY.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 2 mars 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

